**KARTA OCENY PACJENTA**   
ubiegającego się o pobyt w Centrum Rehabilitacji dla Osób Chorych na Stwardnienie Rozsiane   
im. Jana Pawła II w Bornem Sulinowie

**Ocena wg skali opartej na skali Barthel**

Imię i nazwisko pacjenta……………………………………………………………………………… .......

Rozpoznanie:…………………………………………………………………………………………………

PESEL ...................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Czynność 2) | Wynik 3) |
| 1 | **Spożywanie posiłków:**  0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść  5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga  zmodyfikowanej diety  10 - samodzielny, niezależny |  |
| 2 | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:**  0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu  5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)  10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna  15 - samodzielny |  |
| 3 | **Utrzymywanie higieny osobistej:**  0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych  5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4 | **Korzystanie z toalety (WC)**  0 - zależny  5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam  10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5 | **Mycie, kąpiel całego ciała:**  0 - zależny  5 - niezależny lub pod prysznicem |  |
| 6 | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich:**  0 - nie porusza się lub < 50 m  5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m  10 - spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m  15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m |  |
| 7 | **Wchodzenie i schodzenie po schodach:**  0 - nie jest w stanie  5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie  10 - samodzielny |  |
| 8 | **Ubieranie się i rozbieranie:**  0 - zależny  5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez  pomocy  10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp |  |
| 9 | **Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:**  0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw  5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)  10 - panuje, utrzymuje stolec |  |
| 10 | **Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:**  0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny  5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)  10 - panuje, utrzymuje mocz |  |
|  | **WYNIKI KWALIFIKACJI \*\*\*/ RAZEM** |  |

………………………………………….

data, pieczęć, podpis lekarza i/lub pielęgniarki

\*/ w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\*/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\*/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów